

Komentarz

Makronaczyniowe powikłania cukrzycy — wyzwanie „multidyscyplinarne”, ważne informacje praktyczne



Przedstawiony Państwu artykuł dotyczy bardzo ważnego z praktycznego punktu widzenia zagadnienia — charakterystyki klinicznej pacjentów chorujących na cukrzycę, hospitalizowanych na oddziale kardiologicznym w porównaniu z pacjentami bez cukrzycy. Ponadto u wszystkich osób z analizowanej grupy występowało nadciśnienie tętnicze.

Badanie ma charakter analizy retrospektywnej; jest oparte na dużej populacji (2513 osób, w tym 637 chorych na cukrzycę). Jego wyniki są zgodne z wcześniej publikowanymi danymi z piśmiennictwa: chorzy na cukrzycę w większym odsetku przeżyli zawał serca, częściej występowały u nich cechy niewydolności krążenia, niższa była u nich frakcja wyrzutowa, częściej występowały zaburzenia rytmu serca pod postacią migotania przedsionków. Częstsze były także zaburzenia lipidogramu pod postacią hipertriglicerydemii i obniżonego stężenia cholesterolu frakcji HDL oraz niższy był wskaźnik filtracji kłębuszkowej (GFR, *glomerular filtration rate*).

Problem ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych jest kluczowy z punktu widzenia terapii cukrzycy. Powikłania makronaczyniowe są główną przyczyną nadumieralności pacjentów z cukrzycą typu 2; dane z piśmiennictwa na ten temat są szeroko cytowane w omawianej pracy. W tym kontekście chciałbym zwrócić uwagę Czytelnika na praktyczne znaczenie wyników uzyskanych przez autorów komentowanego artykułu, potwierdzających niekorzystne trendy chorobowości sercowo-naczyniowej u chorych na cukrzycę w populacji polskiej.

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) cele glikemiczne leczenia cukrzycy, intensywność terapii, powinny zależeć właśnie między innymi od obecności powikłań makronaczyniowych [1]. O ile celem lecze-

nia u większości pacjentów będzie uzyskanie wartości hemoglobiny glikowanej (HbA_{1c}) poniżej 7% (< 53 mmol/mol), to u znacznej części chorych, których dotyczyło omawiane badanie (pacjenci w wieku > 70 lat z wieloletnią cukrzycą i współistniejącymi istotnymi powikłaniami o charakterze makroangiopatii, takimi jak **przebyty zawał serca i/lub udar mózgu**), celem terapii będzie uzyskanie odsetka HbA_{1c} poniżej 8% (64 mmol/mol). Taka wartość HbA_{1c} oznacza średnie glikemie na poziomie **183 mg/dL** (95-proc. przedział ufności [CI, *confidence interval*]: 147–217), czyli **10,2 mmol/l** (95% CI: 8,1–12,1 mmol/l). Zbyt intensywne leczenie glikemii w tej grupie chorych, szczególnie narażanie na hipoglikemie, może stanowić dla nich duże zagrożenie [2]. Zatem w przypadku znacznego odsetka pacjentów hospitalizowanych na oddziałach kardiologicznych za zadowalające należy uznać osiągnięcie stosunkowo liberalnych celów leczenia.

Powikłania naczyniowe są również ważne dla wyboru leku hipoglikemizującego. Niewydolność krążenia będzie przeciwwskazaniem do leczenia pioglitazonem [3], ostrożnie należy stosować saksagliptynę [4]. Po wykluczeniu przeciwwskazań terapią z wyboru u większości pacjentów z cukrzycą typu 2 i podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym pozostaje metformina [5]. Ogólnie bezpieczne wydają się też w tym przypadku leki działające w oparciu o oś inkretynową [4, 6]. Niewydolność nerek, z kolei, może wymagać odstawienia większości pochodnych sulfonilomocznika, zmniejszenia dawki bądź odstawienia metforminy; bezpieczne będą w tym przypadku tiazolidinediony bądź niektóre inhibitory dipeptydylopeptydazy IV (DPP-IV), takie jak linagliptyna [1, 5].

Jeżeli chodzi o hipertriglicerydemię u pacjentów z cukrzycą, to pamiętajmy o tym, że w zdecydowanej większości przypadków jest to zjawisko wtórne do hiperglikemii — normalizacja glikemii prowadzi do obniżenia hipertriglicerydemii. W leczeniu hipertriglicerydemii ważne jest także zmniejszenie nadwagi, ograniczenie spożycia alkoholu, zmniejszenie spożycia mono- i dwusacharydów (redukcja spożycia fruktozy), ograniczenie spożycia tłuszczów nasyconych, włączenie do diety tłuszczów jednonienasyconych, redukcja spożycia węglowodanów [1]. Dlatego niezmiernie rzadko powinniśmy u chorych na cukrzycę sięgać po celowaną na triglicerydy farmakoterapię (fibrat) w monoterapii. U wszystkich chorych na cukrzycę i obciążonych podwyższonym ryzykiem sercowo-naczyniowym istnieją wskazania do leczenia statynami; dopiero wówczas sięgamy po terapię skojarzoną z fibratem, gdy nie osiągamy zakładanych celów lipidycznych w monoterapii statyną [1]. Zgodnie z zaleceniami PTD u chorych na cukrzycę ze współistniejącą hipertriglicerydemią większą lub równą 2 mmol/l (≥ 177 mg/dl), utrzymującą się po osiągnięciu docelowego stężenia cholesterolu frakcji LDL za pomocą statyn, należy rozważyć zwiększenie dawki statyn, aby obniżyć stężenie cholesterolu nie-HDL, który stanowi wtórny cel leczenia. W uzasadnionych przypadkach należy rozważyć leczenie skojarzone z fibratem lub pochodnymi kwasu nikotynowego [1].

dr hab. n. med. Tomasz Klupa, prof. UJ

Pracownia Zaawansowanych Technologii Diabetologicznych Katedry Chorób Metabolicznych
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Piśmiennictwo

1. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2013. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. *Diabetol. Klin.* 2013; 2 (supl. A): A3–A52.
2. Miller M.E., Williamson J.D., Gerstein H.C. i wsp.; for the ACCORD Investigators. Effects of randomization to intensive glucose control on adverse events, cardiovascular disease and mortality in older versus younger adults in the ACCORD trial. *Diabetes Care* 2013 Oct 29 [złożone do druku].
3. Kung J., Henry R.R. Thiazolidinedione safety. *Expert Opin. Drug Saf.* 2012; 11: 565–579.
4. Scirica B.M., Bhatt D.L., Braunwald E. i wsp.; SAVOR-TIMI 53 Steering Committee and Investigators. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med.* 2013; 369: 1317–1326.
5. Bell D.S., Patil H.R., O'Keefe J.H. Divergent effects of various diabetes drugs on cardiovascular prognosis. *Rev. Cardiovasc. Med.* 2013; 14: e107–e122.
6. White W.B., Cannon C.P., Heller S.R. i wsp.; EXAMINE Investigators. Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med.* 2013; 369: 1327–1335.